ROK V. MARZEC — KWIECIEŃ 1939 R. Nr. 2.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Organ Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

ROK V. MARZEC — KWIECIEŃ 1939 R. Nr. 2.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Organ Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

TREŚĆ:

Członkowie Stowarzyszenia Absolwentów A. S. otrzymują pismo bezpłatnie.
Prenumerata roczna Zł. 12.

Redakcja: Warszawa, Marszałkowska 149 m. 11.
Administracja: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5. Tel. 692-02
Konto P. K. O. 9931.

Komunikat Zarządu Głównego Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej.

Zarząd Główny Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu Zarządu w dniu 5 marca 1939 r. uchwalono zmiany w składzie Zarządu następująco: Prezes kol. J. Łączyński otrzymał urlop w Stowarzyszeniu, Generalny Sekretarz kol. J. Konstantin na własną prośbę został zwolniony ze stanowiska Generalnego Sekretarza i Naczelnego Redaktora „Dwumiesięcznika Stomatologicznego".

Obowiązki Prezesa pełni obecnie kol. J. Szajewski, na stanowisko Generalnego Sekretarza powołany został kol. J. Krzywicki, p. o. Naczelnego Redaktora jest kol. J. Krzywicki.

Sekretarz	P. o. Prezesa	Sekretarz Generalny
(—) *B. Janowicz.*	(—) *J. Szajewski.*	(—) *J. Krzywicki.*

Koleżanki i Koledzy!

Na zew Naczelnego Wodza naród musi dozbroić armię. Jest to obowiązkiem każdego Polaka. Wszyscy bez wyjątku biedni i bogaci, muszą złożyć maksimum wysiłku, by armię dozbroić. W tym szlachetnym wysiłku nie możemy być na końcu, a chcielibyśmy wśród wolnych zawodów być jeżeli nie na czele, to choć blisko początku. Powstał w Warszawie Wydział Wolnych Zawodów, który składa się z szeregu podkomitetów utworzonych z poszczególnych wolnych zawodów i właśnie jednym z podkomitetów jest nasz zawód.

Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna uchwaliła normy, którym podlegamy (patrz Urzędowy Dziennik Izby Lek.-Dent. Nr 4). Są to normy minimalne, w miarę możliwości należy je znacznie podnieść. Nie wątpimy ani na chwilę, że my absolwenci, jako najliczniejsza grupa w zawodzie, wniesiemy największą kwotę na pożyczkę O. P.

A więc Koleżanki Koledzy, do czynu!

Śpieszmy do kas subskrybować pożyczkę!

Pamiętajmy, że dwa razy daje, kto szybko daje!

Sekretarz	P. o. Prezesa	Sekretarz Generalny
(—) *B. Janowicz.*	(—) *J. Szajewski.*	(—) *J. Krzywicki.*

Dr WŁODZIMIERZ SZAFRAN. *Lwów.*

Przygotowanie stomatologów i lekarzy-dentystów na wypadek wojny [1]).

Obserwując rozwój stosunków międzynarodowych, przekonujemy się coraz bardziej, że istniejący kryzys pacyfizmu nie tylko trwa, ale pogłębia się niemal z dnia na dzień. Nie należy przeto łudzić się, ani wierzyć jeszcze w inne wartości bezpieczeństwa poza tymi, jakie przedstawia potencjał wojenny narodu.

Niezwykle ciekawe cyfry, w jak szalonym tempie zbroi się świat w oczekiwaniu wojny, przynosi nam najnowszy rocznik wojskowy Ligi Narodów, na rok 1936-37. Cyfry te odnoszą się tylko do wojsk regularnych, bez uwzględnienia formacyj wojskowych i półwojskowych, które mogą być przecież w każdej chwili postawione pod broń i na które idą rocznie olbrzymie sumy pieniężne. Jak wynika z cyfr, na świecie znajduje się obecnie pod bronią około 8.200.000 żołnierzy, z tego 545.000 w marynarce wojennej. Z liczby tej w samej Europie stoi pod bronią 4.800.000 żołnierzy. W okresie konferencji rozbrojeniowej, t. j. w 1931 roku, znajdowało się pod bronią na całym świecie tylko 6.500.000 żołnierzy, zaś w samej Europie 3.600.000 żołnierzy. Z cyfr tych wynika, że kiedy w całym świecie w ostatnim pięcioleciu wzrosła liczba żołnierzy o 1.700.000 ludzi, to z tego na wzrost liczebności armii samej Europy przypada 1.200.000 ludzi.

W budżetach różnych państw, mimo zamaskowania niektórych pozycyj budżetowych, wyraźnie wybijają się na pierwszy plan wydatki na zbrojenia. Jak zaś wysokie są te sumy, nabierze się wyobrażenia dopiero wówczas, kiedy uprzytomnimy sobie ich wysokość w poszczególnych państwach, przedstawione w jednolitej walucie. Przyjmijmy jako najbardziej charakterystyczne i znamienne lata naszych obliczeń, rok wybuchu wojny, rok konferencji rozbrojeniowej i rok ostatni, a zatem lata 1914—1931—1936. Przedstawiając wzrost wydatków na zbrojenia w jednolitej walucie, np. funtach szterlingach, otrzymamy dla siedmiu głównych państw następującą tabelę wydatków:

Włochy oprócz wydatków, wyszczególnionych w tabeli, na samą wojnę abisyńską wydały około 250 mil. Ł. Jeżeli chcielibyśmy przedstawić wysokość tych wydatków w odsetkach, w stosunku do budżetów państwowych ostatniego roku, wyżej wymienionych państw,

[1]) Referat niniejszy został przedstawiony dep. zdrowia M. S. Wojsk dnia 19. kwietnia 1937 r. — następnie został wygłoszony jako wykład programowy na XV. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie, dnia 7. lipca 1937 r. w grupie II., sekcji stomatologicznej Zjazdu, poczem wnioski w nim zawarte zostały jednomyślnie uchwalone na plenarnym posiedzeniu tejże sekcji.

widzimy, że na zbrojenia przeznaczono w 1936 r. w Anglii 18%, we Francji 39%, w Stanach Zjednoczonych i Niemczech 17%, we Włoszech 22%, w Rosji 19%, w Japonii 46%, budżetu. Natomiast wydatki zbrojeniowe państw mniejszych wynosiły w 1936 r.: w Rumunii 55 mil. S. (około 11 mil. Ł.), w Czechosłowacji 80 mil. S. (około 16 mil. Ł.), w Polsce 150 mil. S.) około 30 mil. Ł.), co w odsetkach wyniesie dla Rumunii i Polski 33%, dla Czechosłowacji 23% budżetu.

Państwa	*1914 rok*	*1931 rok*	*1936 rok*	*Jakie odsetki budżetu 1936 r.*
	m i l i o n y	*Ł.*		
Francja	72	134	185	39%
Anglia	77	92	161	18%
Stany Zjednoczone	50	140	202	17%
Niemcy	95	42	940	17%
Włochy	37	59	150	22%
Rosja	92	56	592	19%
Japonia	19	26	60	46%

Z powyższej tabeli wynika, że w każdej minucie ubiegłego roku wydano w świecie 4.400 funtów szterlingów na zbrojenie, t. j. 115.000 zł., a także, że najbliżsi dwaj sąsiedzi Polski, t. j. Rosja i Niemcy, wydały największe sumy na zbrojenia.

Zważywszy jednak dalsze tendencje zbrojeniowe ujawniające się w poszczególnych państwach, uchwały ostatnich budżetów państwowych, ponadto astronomiczne wprost sumy poza budżetowe na dozbrojenia, trudno nie zauważyć, że liczby wymienione będą coraz wyższe [2]).

Z kolei należy zastanowić się nad środkami, przy pomocy których będzie prowadzona przyszła wojna. Biorąc za przykład wojnę, toczącą się w Hiszpanii, przekonamy się, że wciąż jeszcze granaty, bomby i różnego rodzaju mitraliezy panują nad dzisiejszą wojną.

---

[2]) Dla ilustracji powyższych słów i uwydatnienia zawrotnego wyścigu zbrojeniowego, przytoczę szereg cyfr, jakie zapodał niemiscki Instytut badań koniunktur gospodarczych, który zestawił i opracował wydatki na zbrojenia światowe od 1934 roku. Zestawienie to ukazało się w czasie druku niniejszego artykułu.

Z zestawienia tego wynika, że wydatki na zbrojenia światowe pochłonęły w 1394 roku 31,8 miliardów zł., z czego na lotnictwo wydano 4,7 miliardów zł. Wydatki w 1935 r. wynosiły już 40 miliardów zł. (przyjmując za podstawę dla porównania 19344 r., wyniosły one o 26% więcej), z tego na samo lotnictwo wydano 5.4 miliardów zł., (a zatem o 15% więcej); ogólne te wydatki w 1936 r. wynosiły 52,7 miliardów zł. (więcej o 66% od wydatków 1934 r.), na lotnictwo 7,3 miliardów zł., (o 55% więcej); w 1937 r. ogólne wydatki wynosiły 71,3 miliardów zł., (więcej zatem o 124%), z tego na lotnictwo 11,9 miliardów zł., (co wynosi wzrost o 153%); wreszcie w 1938 r. wydatki ogólne wynosiły 77,8 miliardów zł., (zwyżka wynosi więc o 144% więcej jak wydatki w 1934 r.), z czego na lotnictwo wydano 17,3 miliardów zł., (co w stosunku do 1934 4r. wynosi więcej o 268%).

Mitraliezy te jednak strzelają dzisiaj pewniej i celniej, a kaliber ich i zasięg działania jest znacznie większy. Poza tym samoloty bombowe są szybsze i większe znacznie niż dawniej, technika czołgów jest bardziej udoskonaloną, zaś bomby kruszące i burzące działają również o wiele silniej, powodując większe zniszczenie. Nawet tak straszna broń, jaką jest broń gazowa, nie często jest używaną. Chyba nie ze względu na przepisy międzynarodowe, ale ze względu na trudności techniczne. Atak bowiem gazowy można przedsiębrać tylko w dogodnych warunkach atmosferycznych.

Nie należy również zapominać o kolosalnych postępach motoryzacji poszczególnych państw, jak i ich armij.

Jeżeli więc pozostała nadal w użyciu stara broń, tylko że jest ona znacznie udoskonaloną, to w konsekwencji, przy dzisiejszych zmotoryzowanych armiach, otrzymamy w przyszłej wojnie olbrzymio zwiększoną chęć i środki niszczące, a nadto wielką ruchliwość walczących armij.

Uznanie tego faktu i jego zrozumienie wymaga praktycznie pewnych konsekwencyj. Konsekwencje te wyrażają się w formie gospodarczej, finansowej, przemysłowej, komunikacyjnej, motoryzacyjnej, produkcji rolniczej i hodowlanej, które wszystkie są troską czynników państwowych. W tym kierunku postulaty władz państwowych i wojskowych idą najzupełniej po linii ekonomii, jako współczynnik rozwoju i postępu.

Wyczerpuje to jednak tylko materialną stronę obrony. Pozostaje jeszcze strona druga, moralna i duchowa, która jest nie mniej doniosłą, szczególnie w naszych warunkach, gdzie jakość będzie musiała niejednokrotnie wyręczać ilość. Dziedziną tą jest przysposobienie wojskowe we wszystkich swych odmianach. Organizacje skupiające większą ilość członków muszą spełnić swe zadanie bez reszty. Od tego właśnie ideału my, stomatolodzy, jesteśmy jeszcze bardzo daleko. Zachodzi raczej jaskrawa rozbieżność między skupionym wysiłkiem czynników wojskowych, a płynącym ciągle kapryśnie i wichrowato nurtem życia cywilnego.

W łączności z przedstawionym stanem rzeczy, zwiększoną ruchliwością armij, zwiększonym zniszczeniem, przy użyciu starej, ale wybitnie ulepszonej broni, otrzymamy i zwiększone odpowiednio skutki wojny w zabitych i rannych. Temu rozwojowi dostosowaną być musi i rozbudowa służby sanitarnej. Każda walcząca jednostka, batalion będzie miała punkt opatrunkowy. W pewnej odległości od niego znajdować się będzie miejsce postoju środków transportowych dla rannych, który utrzymywać będzie łączność z większymi jednostkami leczniczymi, znajdującymi się przy dywizji. W dalszym ciągu będą szpitale armji, aż do stałych szpitali wewnątrz kraju.

W pracy punktu opatrunkowego rozróżniamy dwie fazy pracy. Pierwszą jest praca w czasie trwającej walki, drugą praca w dniach wolnych od walki. W pierwszej fazie pracy, panujący zgiełk, wytężona praca wśród dochodzących i donoszonych rannych, dominują

ponad innymi wypadkami. W drugiej zaś fazie pracy, dniach wolnych od walki, zmieniać się może i praca punktu opatrunkowego. Lekarz i personel sanitarny, nie pracując w najwyższym wytężeniu i gorączkowo, może więcej czasu poświęcać rozlicznym zgłaszającym się rannym.

Pierwsza pomoc w punkcie opatrunkowym obejmuje zatem dział chirurgii, w warunkach nieraz bardzo niepomyślnych. Praca ta musi być wykonaną wśród ogłuszającego rozgwaru walki. Stąd wynika, że pomoc lekarska musi być szybka, decyzja stanowcza, orientacja nieomylna. Punkt opatrunkowy w czasie walki jest przeto domeną lekarza wszech nauk lekarskich, chirurgicznie wykształconego, który przy pomocy personelu sanitarnego udziela pierwszej pomocy, prowizorycznego zaopatrzenia rannego. Tam nie ma miejsca dla stomatologa. Natomiast w czasie wolnym od walk, tak samo jak pilność i pracowitość lekarza daje możność zakładania opatrunków definitywnych, może być i stomatolog wezwany na punkt opatrunkowy.

Zajmijmy się teraz rannymi naszej specjalności, t. j. rannymi z ranami części miękkich i kostnych kwarzy i szczęk. Według statystyki niemieckiej, obejmującej okres 2,5 lat wojny światowej, liczba rannych w twarz wynosi 3,9%, zaś zranień szczękowych 1,5% — co w sumie daje 5,4% w stosunku do ogólnej liczby rannych, których w tym okresie było 108,254. Inni autorzy podają, że kiedy liczba rannych, w stosunku do walczących wynosi 10%, to liczba obrażeń szczękowych wynosi wówczas 2%. Według obliczeń statystyk sowieckich, pułk walczący traci 300 ludzi jako rannych, z czego 15% są to ranni w głowę, a połowa tej liczby przypada na rannych w szczękę, t. j. ponad 20 osób.Jeżeli cyfrę tą przeliczymy w stosunku do dywizji, to przekonamy się, że odsetek rannych szczękowych jest duży i ranni tego rodzaju wymagają pomocy specjalistów. Jest chyba rzeczą samą przez się zrozumiałą, że cyfry te w przyszłej wojnie najprawdopodobniej znacznie zwiększą się, w związku z udoskonaleniem środków walki.

Nieodpowiednie leczenie zranień twarzy i szczęk powodować może zniekształcenie najbardziej widocznych części ciała ludzkiego, budząc nieraz odrazę wśród otoczenia. Tacy ranni więc, ażeby uchronić ich od tych następstw, powinni być najkrótszą drogą odsyłani do ośrodków, posiadających odpowiednich specjalistów. Ewakuacja rannych w twarz i szczękę powinna odbywać się tylko w trzech etapach: 1) doraźny opatrunek poza linią bojową, (punkt opatrunkowy); 2) miejsce specjalnego, fachowego opatrunku (przy głównym punkcie opatrunkowym dywizji piechoty); 3) miejsce dalszego leczenia, wraz z następowymi zabiegami operacyjnymi ,szpitale armii i szpitale krajowe).

Zadaniem punktu opatrunkowego, poza udzieleniem pierwszej pomocy i nałożeniem prowizorycznego opatrunku, będzie także usunięcie bezpośredniego niebezpieczeństwa życia i możliwości tego nie-

bezpieczeństwa, aż do czasu, kiedy ranny znajdzie się w miejscu specjalnego, fachowego zaopatrzenia. Do tych niebezpieczeństw należy krwawienie, szok pacjenta, niedrożność przewodu oddechowego, przez zranienie gardzieli, języka, dna jamy ustnej i opadania ich ku dołowi, a także z powodu obrzęku, powstałego jako następstwo tych zranień, wreszcie niedrożność przełyku. Po nałożeniu opatrunku, ułożeniu rannego i odtransportowaniu go, kończy się praca punktu opatrunkowego.

Dostawszy się na główny punkt opatrunkowy dywizji piechoty, ranny powinien otrzymać specjalny, fachowy opatrunek. Opatrunek taki ma decydujące znaczenie, gdy chodzi o dalszy los rannego, może go uchronić przed potwornym nieraz zniekształceniem, wymagającym długotrwałego leczenia następowego i wielu zabiegów operacyjnych. Dlatego więc nakładanie opatrunków rannym w twarz i szczękę, powinno odbywać się albo przez doświadczonego stomatologa, albo w ścisłej z nim współpracy. Wobec tego najdalej na froncie wysuniętym miejscem dla stomatologa powinna być polowa przychodnia dentystyczna, przy głównym punkcie opatrunkowym dywizji piechoty, wyekwipowanej odpowiednio w dentystyczny materiał opatrunkowy, a także w odpowiednio wyszkolony personel techników dentystycznych.

Zanim jednak przystąpimy do zdjęcia opatrunku prowizorycznego i nałożenia opatrunku specjalnego, należy zwrócić uwagę na ogólny stan rannego. Pacjent może być uprzednio silnie skrwawiony, — również krwotok mógł nastąpić w drodze do polowej przychodni dentystycznej przy dywizji piechoty, przez usunięcie się klemmy naczyniowej, lub nadżerki (erosio) naczynia. Jeżeli pacjent ma krwawe wymioty, należy przypuszczać możliwość utajonego krwawienia i ten przede wszystkim powinien lekarz usunąć. Poza tym pacjent może znajdować się jeszcze w szoku pierwotnym, który, jak wiemy, jest wynikiem nagłego zadziałania nerwu sympatycznego na system krwionośny, albo mógł popaść w szok wtórny, który znowu jest następstwem zatrucia organizmu jadami, powstałymi ze zniszczonych komórek mięśni. Wreszcie ranny może znajdować się w stanie braku oddechu (asfiksji), powstałej w czasie transportu. Dopiero kiedy stan ogólny rannego jest zadawalniający, należy zająć się samą raną. I tutaj zaczyna się szerokie pole do zastosowania wiedzy i sztuki stomatologa, wyekwipowanego w odpowiedni materiał opatrunkowy.

Przed jakimkolwiek zabiegiem, dotyczącym części miękkich twarzy, należy bezwzględnie uprzednio zająć się repozycją i ustaleniem odłamkzów kostnych. W przypadkach, kiedy odłamki kostne posiadają zęby, nawet względnie silne, należy je użyć za filary do ustalenia odłamków. W tych przypadkach należy, o ile możliwe, stosować opatrunki śródustne. Dla ustalenia śródustnego odłamków, rozległe zastosowanie powinna mieć metalowa szyna Mauptmeyr'a z drutu nierdzewnego. Opatrunki zaś pozaustne, stosuje się albo w przy-

padkach znacznych zniszczeń i ubytków, albo przy utracie uzębienia. Szkoła düsseldorfska podaje nam cały długi szereg przykładów szyn i opatrunków pozaustnych przy obrażeniach żuchwy, które z czasem mogą być zastąpione szynami śródustnymi. Podobnie szkoła Schröder'a daje możność wielostronnego zapoznania się z używaniem wyciągów, umieszczonych w kapuzie na czole, lub na głowie, w przypadkach, kiedy musimy wykonać opatrunek poza ustny, przy obrażeniu szczęki górnej. W ten sposób można nawet umieszczać zewnętrzny staw żuchwowy, przy obrażeniach ramienia wstępującego. Zarazem należy z naciskiem podkreślić konieczność unikania szwów kostnych drutem. ***)

Dopiero po ustaleniu odłamków kostnych, należy przystąpić do uporządkowania części miękkich twarzy, a zatem policzków, warg, jam twarzowych, szycie mięśni i nerwów, szycie przełyku, i t. p. Tutaj również należy zwrócić uwagę na szkody, jakie wyrządzić mogą starania przywrócenia ciągłości niektórym tkankom. Szybki zrost i konsolidacja blizny części miękkich, powodując kurczenie się tkanki, powodować może zniekształcenia w odłamkach kostnych. Stan ten, ażeby osiągnąć możliwy wynik końcowy, wymagać będzie długiego i żmudnego następowego leczenia, a bardzo często rozległych zabiegów chirurgicznych. Dlatego więc, przy zaopatrywaniu części miękkich, należy zakładać raczej szwy zbliżające tylko części miękkie, nigdy zaś szwy silnie zawęźlone.

Po zaopatrzeniu rany kostnej i części miękkich, należy założyć opatrunek zewnętrzny. Również i w tym przypadku należy unikać całego szeregu błędów w opatrunkach mających decydujący, a wielce szkodliwy wpływ na dalszy bieg leczenia. Szczególnie odnosi się to do t. zw. capistrum, który jako opatrunek doraźny może być bardzo dobry, natomiast nie nadaje się do zastosowania jako opatrunek na dłuższy okres.

Z tego krótkiego zestawienia widzimy jednocześnie, że istnieć powinien ścisły związek pomiędzy pracą chirurga i stomatologa, pracującego z postępem techniki stomatologicznej, już w polowej przychodni dentystycznej, przy głównym punkcie opatrunkowym dywizji piechoty.

Ranny z obrażeniem szczękowym, zaopatrzony w ten sposób, może być dopiero odtransportowany do szpitali armii. Tutaj następuje

---

[3]) Należy zwrócić uwagę na konieczność przygotowania kadr rezerwy techników dentystycznych dla celów wojennych, którzy byliby prowadzeni w osobnej kartotece dep. Zdrowia M. S. Wojsk. i rozdzieleni na poszczególne oddziały obrażeń szczękowych, jako pomoc lekarska w przygotowaniu szyn, protez i stałych opatrunków dla rannych z obrażeniami szczękowymi. Przeszkolenie tych techników dentystycznych dla celów wojennych mogłoby odbywać się również w pracowni techniczno-dentystycznej oddziału szczękowego, przy instytucie chirurgii urazowej. Powoałni do służby wojskowej, względnie do ćwiczeń wojskowych, odpowiednio kwalifikowani technicy-dentystyczni byliby przydzieleni na okres swej służby w armii czynnej, po uprzednim ukończeniu przeszkolenia wojskowego, do tej właśnie pracowni technicznej oddziału obrażeń szczękowych.

kontrola opatrunku fachowego i segregacja rannych. Niekiedy też konieczny jest zabieg operacyjny, który tutaj właśnie może być wykonany. Lżejsze przypadki zranień mogą być w dalszym ciągu leczone w szpitalu armii, cięższe zaś przypadki, zaopatrzone definitywnie, na odbycie dłuższej podróży, odsyłane są do szpitali krajowych celem dalszego leczenia specjalnego.

Z pobytem rannego szczękowego w szpitalu armii łączy się cały szereg dalszych zagadnień, jak usuwanie pocisku i jego części, usuwanie ciał obcych z rany, toaleta rany i t. p. Są to zagadnienia ściśle związane z obrażeniami twarzy i szczęk, które wchodzą w zakres specjalności naszej w połączeniu z chirurgiem. Stąd też wynika, że w szpitalu armii powinien być również oddział szczękowy przy oddziale chirurgicznym i powinien być wyekwipowany odpowiednio bogato w materiał opatrunkowy i personel techniczno-dentystyczny.

Jeszczę bardziej, jak przy fachowym opatrunku specjalnym rannego z obrażeniem szczękowym, uwydatnia się współpraca chirurga i stomatologa podczas leczenia następowego i następowych operacii. Specjalnie zaś współpraca stomatologa — ortopedysty szczęk i protetyka, z plastykiem chirurgiem, musi decydować, czy końcowy efekt ma być uzyskany raczej na drodze ortopedyczno - protetycznej, czy na drodze plastyki chirurgicznej. Odnosi się do szczgólniej do plastyki oczodołów, z zachowaną gałką oczną, lub też jej utratą; — zewnętrznych przetok ślinianek; — blizn przewodów łzowych; — restytucji w ubytkach mięśni żwaczy i rozwieraczy i innych.

Bardzo często staje chirurg przed następowym powikłaniem, powstałym w obrębie kośćca szczęki, spowodu wgojenia się ciał obcych i szwów drucianych. Konieczny zabieg operacyjny nie może wtedy obyć się bez współpracy stomatologa, który uprzednio ustalić musi normalną funkcję zgryzu. Chirurg działać musi niekiedy po utracie większej części żuchwy, przy powstaniu stawów rzekomych, przy przesunięciach w zgryzie jakie następują z powodu przekształceń w obrębie kości, po rozległych ubytkach kostnych. W tych przypadkach również, zanim nastąpi osteotomia, lub implantacja kości żuchwy, restytucja brakującego processus condyloideus (kłykciowego), musi stomatolog ustalić zgryz przed zabiegiem, albo też bezpośrednio po wykonanym zabiegu operacyjnym.

Ta jednak część leczenia obrażeń szczękowych należy już do czynności szpitali krajowych, gdzie ranni tacy, bezpośrednio po opatrunku definitywnym, powinni być odsyłani. Stać się to powinno w myśl zasad ewakuacji rannych, dążących do tego, aby ranny chirurgiczny dostał się jak najprędzej do rąk fachowego chirurga i na miejsce, gdzie konieczna pomoc i leczenie mogą być uskutecznione. W tym celu należałoby dążyć, aby także przy szpitalach krajowych, przeznaczonych dla leczenia rannych chirurgicznych, stworzono, zależnie od ogólnych potrzeb wojennych, jeden, lub kilka specjalnych oddziałów chirurgiczno-stomatologicznych, wyposażonych w odpowiedni per-

sonel fachowo-lekarski, techniczno-dentystyczny i pracownie techniczno-dentystyczne.

Z powyższego pobieżnego zestawienia widzimy niezbicie, ile korzyści przynosi i jak wielką może być pomoc dla chirurga w osobie stomatologa, ortopedysty szczękowego i protetyka. Dlatego więc na odcinku naszego zawodu w całej rozciągłości zastosowane być mogą słowa p. Ministra Wyznań Rel. i Oświec. Publ. prof. Świętosławskiego, wypowiedziane podczas inauguracyjnego posiedzenia Rady Nauk Ścisłych i Stosowanych, jakie odbyło się w listopadzie ubiegłego roku, a które brzmią: „Jesteśmy świadkami gorączkowych zbrojeń wszystkich państw, bez różnicy systemu rządzenia, lub wyznawanych doktryn społecznych. Nastąpiła też gruntowna rewizja metod przygotowania obywateli do walki zbrojnej. Obok najdalej idącego wyzyskania postępu technicznego, wszystkie państwa rozpoczęły intensywną pracą nad psychicznym przygotowaniem całych narodów do myśli o konieczności użycia siły brutalnej w chwili, kiedy wypadnie powziąść rozstrzygnięcie, podyktowane bądź to chęcią zaborów, bądź też zadośćuczynienia narodowym ambicjom, lub egoistycznym celom“.

„W warunkach tych społeczeństwo polskie musi się prędko otrząsnąć z nastrojów pacyfistycznych, zakorzenionych u nas głębiej, niż gdzie indziej. Walki zaborczej prowadzić nie będziemy nigdy, ale musimy powiedzieć to śmiało i otwarcie, że od naszego wysiłku obecnego, od wysiłku dorastającej młodzieży dzisiaj, od powszechnego uświadomienia najważniejszych zagadnień polskiej racji stanu zależy nasz byt, nasza przyszłość, moc i potęga naszego narodu i całości granic Rzeczypospolitej“.

W łączności z tymi słowami p. Ministra, uświadomiwszy sobie kolosalne braki w fachowym przygotowaniu naszego zawodu na wypadek wojny, należy ustalić kierunek naszej pracy zawodowej w nastawieniu na potencjał wojenny, a szczególnie w przygotowaniu przyszłych lekarzy wszech nauk lekarskich, przygotowaniu przyszłych stomatologów i już praktykujących stomatologów, tworzących rezerwę wojska polskiego. W ten sposób przygotowane kadry nasze spełnić będą mogły swój lekarski i żołnierski obowiązek z jeszcze większym heroizmem i bohaterstwem, że będzie on w obronie własnej ojczyzny.

Jak z powyższych wywodów wynika, pozostają dla lekarzy-stomatologów i lekarzy-dentystów dwa etapy pracy na wypadek wojny. Jeden wysunięty daleko w pobliże rozgrywających się wypadków i decydujących rozstrzygnięć oręża, drugi w szpitalach armii i krajowych. Do tego musi być dostosowany plan i kierunek naszego przygotowania się zawodowego na przyszłość. Fakt ten powinny uwzględnić uchwalone przez nas wnioski następujące, które w najbliższej przyszłości powinne być w całości przez zawód wprowadzone w życie:

Sekcja Stomatologiczna XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich uchwala:

W n i o s k i:

1) Zwrócić się do przedstawicieli katedr stomatologii Wydziałów Lekarskich z prośbą by w wykładach swoich obowiązkowych, a raczej w obowiązkowych wykładach „publicum“ uwzględniali w szerokim zakresie obrażenia szczękowe i twarzy, jak również niebezpieczeństwa grożące takim rannym i sposób niesienia im pomocy, ażeby w ten sposób przygotować przyszłych lekarzy punktów opatrunkowych batalionów.

2) Zwrócić się do przedstawicieli katedr stomatologii Akademii Stomatologicznej w Warszawie, w szczególności katedry chirurgii stomatologicznej, protetyki i ortodoncji szczęk, by w wykładach swoich w szerokim zakresie uwzględniali obrażenia szczękowe i twarzy i zakładanie wszelkich rodzaji opatrunków specjalnych, ażeby w ten sposób przygotować zastępy przyszłych stomatologów, którzy, pracując w polowej przychodni dentystycznej, przy głównym punkcie opatrunkowym dywizji piechoty, szpitalach armii i szpitalach krajowych, mogli bez szkody dla rannych prowadzić dział właściwego traktowania i leczenia tych rannych.

3) W miejscach większych skupień lekarzy-dentystów i stomatologów tworzyć koła naukowe, mające na celu systematyczne przygotowanie zawodu dla celów wojskowych na wypadek wojny. Koła te naukowe zgłosić jako jeden z komitetów naukowych do Rady Nauk Ścisłych i Stosowanych, która w myśl jednomyślnej uchwały tej Rady, zgłosiłaby p. Ministrowi S. Wojsk. powstanie tych komitetów i wyraziła gotowość ich współpracy z władzami wojskowymi w zakresie naszej specjalności.

W ten sposób na tych kursach winni być przeszkoleni w chirurgii stomatologicznej, a szczególnie w obrażeniach szczękowych i zakładaniu opatrunków specjalnych, wszyscy lekarze-dentyści i stomatolodzy, podlegający powołaniu do służby wojskowej jako rezerwa, podobnie jak inni lekarze w obronie gazowej i przeciwlotniczej. Oni bowiem będą przeznaczeni do obsady polowych przychodni dentystycznych i pracować mają w czasie walk na głównych punktach opatrunkowych dywizii piechoty, niosąc pomoc rannym szczękowym, względnie część ich, bardziej zaawansowani chirurdzy-stomatolodzy, pracować będzie w szpitalach armii i krajowych, przy leczeniu następowym tych rannych.

4) Przedstawić P. Szefowi departamentu Zdrowia Min. Spraw Wojskowych konieczność stworzenia przy instytucie chirurgii

urazowej oddziału obrażeń szczękowych, wyposażonego odpowiednio, w którym na dostępnym materiale obrażeniowym i w systematycznych wykładach teoretycznych kształcić powinny się rezerwy wojskowych lekarzy-dentystów i stomatologów, ażeby w ten sposób utworzyć przyszłe rezerwy, przygotowane do niesienia pomocy obrażeniom szczękowym, a także przyszłych lekarzy oddziałów szczękowych szpitali armii i szpitali krajowych, lecząc następowe skutki obrażeń szczękowych i twarzy [4]).

Do oddziału obrażeń szczękowych przy instytucie chirurgii urazowej byliby przydzielani, na okres praktyki, lekarze-dentyści i stomatolodzy, odbywający swą służbę wojskową, po uprzednim ukończeniu wyszkolenia wojskowego w szkole podchorążych sanit. rezerwy, w centrum wyszkolenia sanitarnego. Ponadto lekarze-dentyści i stomatolodzy, oficerowie rezerwy, w okresach powoływania ich na obowiązkowe ćwiczenia wojskowe.

DR SZAFRAN WŁODZIMIERZ. Préparation des stomatologistes et des médecins-dentistes en vue de la guerre. Décision de la section stomatologique du XV. Congrês des Médecins et des Naturalistes Polonais.

1) Demander aux représentants des chaires de stomatologie des Facultés de Médecine de traiter largement dans leurs cours obligatoires ou plutôt dans leurs cours obligatoires publics le lésions maxillaires et faciales ainsi que les dangers menaçant ces blessés et la manière de leur venir en aide, afin de préparer ainsi les futurs médecins des postes de pansement des bataillons.

2) Charger les représentants des chaires de stomatologie de l'Académie Stomatologique à Varsovie. en particulier de la chaire de chirurgie stomatologique, de prothétique et d'orthodontie des maxillaires d'exposer amplement pendant leurs cours tout ce qui concerne les lésions maxillaires et faciales et les divres pansements spéciaux, afin de préparer les corps des futurs stomatologistes qui traiteraient et soigneraient les blessés de façon appropriée et inoffensive

---

[4]) W razie gdyby powstały instytuty chirurgii urazowej przy innych szpitalach Okręgowych, szczególnie w miastach uniwersyteckich, należy również i tam tworzyć oddziały obrażeń szczękowych przy tych instytutach, przyczem oddziały te mogliby objąć przedstawiciele katedr stomatologii uniwersytetu, — o ile brak byłoby odpowiednich sił innych. Wzorując się w urządzeniu i rozkładzie pracy na oddziale szczękowym centralnego instytutu chirurgii urazowej, mogłyby oddziały te prowadzić kursa dokształcające dla praktykujących lekarzy-dentystów i stomatologów na materiale posiadanym i zebranym. Ponadto oddziały te mogłyby prowadzić wykształcenie personelu techniczno-dentystycznego i tymsamym odciążyć oddział centralny w jego pracy. W końcu oddziały te, zagospodarowawszy się z biegiem lat w instrumentarium i materiał opatrunkowy, mogłyby stanowić — w razie potrzeby — ośrodki następowego leczenia po obrażeniach szczękowych.

dans un dispensaire dentaire de camp, annexé au principal poste de pansement de la division d'infanterie, dans les hôpitaux de l'armée et regionaux.

3) Créer des associations scientifiques dans, les endroits des aggloméràtions plus importantes des médicins-dentistes et des stomatologistes dans le but de préparer systématiquement cette corpation au point de vue militaire en vue de la guerre. Ces associations scientifiques seront enregistrées en un des comités scientifiques Exactes et Appliquées qui, suivant sa décission, ferait à l'unanimité un rapport à M. le Ministre de la Guerre sur la création de ces comités prêts à collaborer avec les pouvoires dans les limites de leur spécialité.

Ainsi doit — on enseigner la chirurgie stomatologique et en particulier le traitement des lésions maxillaires et l'application despansements spéciaux à tous le médecins-dentistes et à tous les stomatologistes, aptes au service militaire en qualité de réserve, à l'instar des autres médecins de la défense anti-gazeuse et anti-aéronautique. Car ils seront désignés à occuper des dispensaires dentaires de camp et ils travailleront pendant les combats dans les principaux postes de pansement de la divisions d'infanterie, en soigrant les blessés maxillaires, ceux d'entre ces médecins plus avancés tels les chirurgiens-stomatologistes traiteront ensuite des blessés dans les hôpitaux de l'armée et régionaux.

4) Présenter à Monsieur le chef du département de Santé, Min. de la Guerre, la nécessité de créer à l'Institut de Chirurgie Traumatique une section des lésions maxillaires aménagée de façon appropriée où l'on instruira grâce à un matériel traumatique accessible et aux cours théoriques systématiques des réserves militaires de médecins-dentistes et de stomatologistes; on formera ainsi de futures réserves prête à soigner des lésions maxillaires ainsi que de futurs médecins des services des lésions maxillaires des hôpitaux de l'armée et régionaux, qui soigneront les conséquences ultérieures des lésions maxillaires et faciales.

Les médecins-dentistes et les stomatologistes accomplissant leur service militaire après la fin de l'instruction militaire à l'Ecole des Cadets sanitaires de la réserve au Centre de l'Enseignement Sanitaire seront envoyés pour la période de leur pratique à la section des lésions maxillaires à Institut de Chirurgie Traumatique. Il en sera de même les médecins-dentistes et les stomatologistes, les officiers de réserve lorsqu'il seront appelés aux exercices militaires obligatoires.

Lek. dent. EMIL SPANAUF *Kraków*

Problem ogniskowego zakażenia pochodzenia zębowego.

W ostatnim dziesięcioleciu świat lekarski, a specjalnie lekarsko dentystyczny, żywo zainteresował się nauką o ogniskowym zakażeniu pochodzenia zębowego.

Problem ogniskowego zakażenia pochodzenia zębowego wysunął Rosenow i podobnie, jak z migdałkami w ostrym lub przewlekłym stanie zapalnym, kazał bezwzględnie każdy ząb martwy usunąć, dopatrując się tu punktu wyjścia infekcji. Wychodził bowiem z tego założenia, że ważniejszą dla organizmu jest nerka, serce, czy też stawy, aniżeli jeden, kilku, lub nawet wszystkie zęby. — Pogląd może zbyt radykalny.

Zastanówmy się w jaki sposób dochodzi do wytworzenia się ogniska zakażenia przy wierzchołku zęba?

Zmiany przywierzchołkowe mogą nastąpić w następujących przypadkach:

1) Przy extirapacji miazgi, którą usuwamy na skutek zapalenia jej, następuje w chwili oderwania miazgi od otoczenia wylew krwawy przy wierzchołku, który może się stać doskonałym podłożem dla rozwoju bakterii. By do tego nie doszło, wykonywamy extirpację jałowymi instrumentami i zakładamy antyseptyk do przewodu celem osłabienia żywotności ewentualnych bakterii.

2) Podczas leczenia ropnego zapalenia i zgorzeli miazgi. W tych razach jednak, obok zachowania środków ostrożności z naszej strony w formie sterylnego i antyseptycznego postępowania, przychodzi nam z pomocą natura w formie wytworzenia pasa demarkacyjnego wokół korzenia.

3) Infekcja drogą krwiobiegu.

Walkhoff stoi na stanowisku nieużywania zbyt silnych antyseptyków jak formalina, wychodząc z założenia, że silne antyseptyki równocześnie zabijają żywą tkankę i niwelują siły obronne organu. A więc radzi oczyszczenie mechaniczne przewodu zęba i stosowanie antyseptyków nie ścinających białka komórkowego.

Co się tyczy flory bakteryjnej w ziarniniakach, występują najczęściej steptococcus haemoliticus i viridans.

Schottmüller — Lehman udowodnili wędrówkę bakteryj drogą krwiobiegu.

Teoria Meyrhofera o reinfekcji zwłaszcza w bocznych rozgałęzieniach przewodu przy wierzchołku korzenia, dała asumpt

do radykalnego postępowania przy ogniskowym zakażeniu zęba. Zgorzel miazgi szczególnie całkowita, gdyż ta forma tylko może nas obchodzić wraz z jej zejściem t. zn. zapaleniem ozębnej, ziarniniakami i torbielami wymaga postępowania nader ostrożnego podczas leczenia. Rozumie się traktowanie w tych razach zainfekowanych korzeni żrącymi alkaliami lub kwasami, to tylko przysporzenie większej ilości tkanek nekrotycznych i powiększenie wysięku. Jako rezultat ziarniniak i dalej — torbiel.

Pozostaje więc przede wszystkim mechaniczne oczyszczenie i rozszerzenie przewodów korzeniowych w myśl zasady Prinza: ważne jest to, co się z korzeni usunie, a nie co się włoży. W tym celu używamy najrozmaitszych instrumentów: szczurze ogonki, dryle, Beutelrocka i Kerra. Z lekarstw używa Prinz Chlorphenolkamforę Walkhoffa. Metoda ta zadowolniła go w zupełności.

W ślad za Walkhoffem poszedł Miller z Bazylei, który wypełniał korzenie zębów z ziarniniakami pastą jodoformową.

Wymienieni autorzy na podstawie zdjęć roentgenowskich przed i po leczeniu i wypełnieniu korzeni, podają zupełne wyleczenie tychże bez uciekania się do radykalnych metod.

Słabe strony dzisiejszej nauki o ogniskowym zakażeniu pochodzenia zębowego jeśli chodzi o postępowanie lecznicze?

Walkhoff opierając się na badaniach wielu uczonych, których później wymienię, jest bezwzględnym przeciwnikiem radykalnego postępowania przy ogniskowym zakażeniu pochodzenia zębowego w/g szkoły amerykańskiej Rozenowa.

I tak von Osten-Sacken na materiale 1400 pacjentów doszedł po bakteriologicznym i klinicznym badaniu do następującego wniosku: nie ulega żadnej wątpliwości, że ogniskowe zakażenia zębowe mogą i są punktem wyjścia dla gorączkowych chorób ogólnych organizmu. Jednakowoż nie udało się dotychczas na podstawie badań klinicznych jak przemiany materii i badań obrazu krwi, bakteriologicznych i t. p., wykazać przyczynowego związku między ogniskiem zakażenia zębowego, a ogólnym schorzeniem.

Driak uważa, że nie tylko zęby ale i migdałki, j. Highmora mogą być punktem wyjścia dla schorzeń nerek.

Böttner, prof. internista uniw. w Królewcu: widział wprawdzie szereg wyzdrowień przy zapaleniu nerek przez usunięcie ziarniniaków i paradentozy, lecz nie mniej przypisuje przewodowi pokarmowemu większe znaczenie przy powtarzaniu i podtrzymaniu chronicznych stanów zakaźnych. Wiadomym jest również, że sanacja jamy ustnej (usunięcie korzeni zgorzelinowych i ropnym stanem zapalnym miazgi) wpłynęła niejednokrotnie na przewód pokarmowy i tym samym na cały ustrój. Böttner podaje również przypadek usunięcia 12 zębów pacjentowi jako podejrzaną przyczynę stanów

gorączkowych. Po tym okazało się, że stan ten gorączkowy pochodził od ogniska gruźliczego płuc.

Znaczenie dzisiejszej nauki o zakażeniu ogniskowym pochodzenia zębowego. Primum non nocere! Tej dewizie musi hołdować nowoczesny i doświadczony lekarz. Podobnie jak o chirurgii powiedział L e x e r, że ona jest rzemiosłem, wiedzą i sztuką równocześnie, tak samo można powiedzieć o nowoczesnej stomatologii: ona jest rzemiosłem w sensie praktycznego wykonania zabiegów opartych na wiedzy lekarskiej wzgl. przyrodniczej i sztuką w sensie praktycznego, dobrego i estetycznego rozwiązywania problemów.

Tym zasadom hołdując, nie możemy podobnie jak to już w innych działach medycyny b. radykalnie postępować. Dzisiaj już się tak wiele wyrostków robaczkowych i migdałków nie usuwa.

Wskazaniem do postępowania jest w tych razach: 1-o stan ogólny pacjenta, 2-o wyczerpujące badania dodatkowe obok klinicznych jak to: roentgen, bakteriologiczne badanie, analiza krwi i moczu, 3-o orzeczenie kliniczne ordynującego lekarza, powiedzmy internisty, który, opierając się na orzeczeniu specjalisty, ma decydujący głos.

Obecnie zastanowimy się nad 1) istotą zakażenia ogniskowego pochodzenia zębowego, następnie nad tym, jakie 2) organy mogą być zaatakowane. 3) nasze postępowanie w wypadku odkrycia ogniska zakażenia wokół zęba.

1) W jaki sposób dochodzi do wytworzenia się ogniska dookoła zęba mówiliśmy już. Opisaliśmy również szczegółowo obraz kliniczny. Pozostałoby wymienić jeszcze florę bakteryjną ogniska przywierzchołkowego zęba. Flora ta jest różnorodna: streptokoki, staphilokoki (aureus et albus), pneumokoki i często bacillus fusiformis.

2) Jeśli chodzi o organy zaatakowane, to należy wymienić następujące schorzenia, które mogą a nie muszą być wywołane ogniskowym zakażeniem pochodzenia zębowego:

a) ostry i chroniczny reumatyzm mięśniowy i stawowy,

b) zapalenie wsierdzia, mięśnia sercowego lub nasierdzia,

c) ostre lub przewlekłe zapalenie nerek,

d) ostre lub przewlekłe schorzenia żołądka i przewodu pokarmowego, wrzód żołądka i dwunastnicy, zapalenie woreczka żółciowego, trzustki, wyrostka robaczkowego lub wrzodziejące jelita grubego,

e) neuralgia, zap. nerwów, zapalenie mózgu (Parkinsona) i śpiączkowe, stwardnienie rozsiane, zapalenie rdzenia kręgowego, pląsawica, półpasiec, rumień wielopostaciowy lub guzowaty, zaaplenie tarczycy, rogówki, tęczówki.

Dalej stany chorobowe, natury ogólnej np. stany zmęczenia, neurasthenia, anemia i arterioskleroza.

Jak z tego widzimy, omal każdy organ może być zaatakowany ze strony tegoż nieszczęsnego ogniska zakażenia wokół zęba. I tego rodzaju teorię starał się Rosenow, na klinice braci Mayo, naukowo uzasadnić i potwierdzić swymi badaniami bakteriologicznymi. Nic też dziwnego, iż w Ameryce, podobnie jak to było z wyrostkiem robaczkowym, który noworodkom usuwano jako organ zbędny, następowała fala usuwania każdego zęba, pozbawionego miazgi, lub też wykazującego zmiany przywierzchołkowe, badanie bakteriologiczne Rosenova zostały obalone: Rosenov wysunął teorię tropizmu *bakterii* i t. zw. elektywnej lokalizacji tychże. Kultura bakt. z organu schorzałego zastrzyknięta zwierzęciu wywoływała drogą krwioobiegu schorzenie tego samego organu u zwierzęcia i to nazwał Rosenov *elektywną lokalizacją*. Teoria ta została również obalona.

Przez to jednakowoż nie została obalona teoria ogniskowego zakażenia. Nie ulega żadnej wątpliwości, że infekcja pochodząca z przewodu zęba czy też z ziarniniaka oczywiście po wykluczeniu innej przyczyny może spowodować schorzenie serca, oka, stawów czy nerek. Jeśli chodzi o praktyczną stronę tego problemu, sprawa przedstawia się następująco: internista szukający przyczyny zapalenia stawów, po przeprowadzeniu wszelkich badań dodatkowych: więc bakteriologicznych, krwi i gardła, skierowuje pacjenta do lekarza dentysty. Wówczas naszym obowiązkiem jest po dokładnym zbadaniu klinicznym i roentgenologicznym znaleźć, względnie wykluczyć istnienie ogniska zakażenia.

Pozwolę sobie przedstawić statystykę prof. Gutzeita z Wrocławia, 100 chorych, u których w latach 1927 — 1935 przeprowadzono sanację ognisk zakażenia, zbadano powtórnie z następującym wynikiem na:

	wyleczonych	*poprawa*	*bez rezultatu*
48 schorzeń stawów i nerwów	20	17	11
29 „ nerek	18	5	6
11 zaburzeń narządów krążenia	9	1	1
7 chorób żołądka, jelit	0	2	5
5 ogólnej sepsy	3	0	2

W procentach wyraża się to 50% wyleczeń, 25% poprawy, 25% bez efektu.

Dr Sebba (Gdańsk) podaje kilka klasycznych przykładów wyzdrowienia po usunięciu ognisk zakażenia pochodzenia zębowego:

1) *11-letni chłopiec H.*, cierpiał na zapalenie stawów od szeregu lat przy temp. 38,2 stop. Uzębienie zdrowe, tylko jedyny jeszcze istniejący molar mleczny wykazał na zdjęciu *dużą* torbiel korzeniową. Po operacji tejże — natychmiast spadek temperatury i szybkie cofnięcie się objawów zapalenia stawów. Badanie torbieli wykazały: streptokoki hemolityczne.

2) Inny chory, lat 58, cierpiał na okresowo występujący ischias

od lat 4 po stronie prawej. Chory zauważał, że równocześnie z wystąpieniem ataku bólu, występowało zapalenie okostnej przy zębie 6. dolnym prawym z towarzyszącym obrzękiem gruczołu. Roentgen wykazał 2 ogniska przywierzchołkowe przy wymienionym zębie. Nastąpiła ektrakcja tegoż zęba. Badanie ziarniniaków wykazało również hemolityczne streptokoki. Powolne cofanie się choroby (ischias). Rozumie się każdy z nas mógłby bardzo dużo przypadków tego rodzaju bądź z literatury, bądź też z własnej praktyki podać, dlatego ograniczę się do podania tych dwóch dla zilustrowania, jak wdzięcznym jest pole działania w tych razach dla lekarza dentysty. Równocześnie jednak nakłada na nas obowiązek nie ograniczenia się do badania samego zęba.

Na jedną rzecz chciałbym jeszcze zwrócić uwagę.

Otóż stwierdzenie w obrazie roentgenowskim np. ziarniniaka 1-o nie jest identyczne z istnieniem ogniskowego zakażenia pochodzenia zębowego, gdyż jak nam wiadomo, ziarniniaki mogą być jałowe, jak to wykazały badania bakteriologiczne von Osten-Sackena, 2-o ziarniniaki te mogą być tylko odczynem reaktywnym miejscowym zlokalizowanym w postaci pasa demarkacyjnego na zadane szkodliwości ozębnej ze strony flory bakt. przewodu zębowego i manipulacji leczniczej z nasze jstrony. Wobec tego, że o jałowości względnie infekcji ziarniniaka, możemy przekonać się tylko, badając go bezpośrednio, nie możemy moim zdaniem postępować zupełnie konserwatywnie, jak tego chce Walkhoff i tylko dążyć drogą mechanicznego oczyszczenia przewodu i antyseptycznego postępowania osłabić virulencję bakteryj w ziarniniakach.

Tak postępować możemy w normalnych warunkach t. zn. jeśli nie chodzi o usunięcie przyczyny schorzenia jakiegoś organu na tle ogniskowego zakażenia. Natomiast w wypadku ogniskowego zakażenia wydaje mi się najracjonalniejszym postępowanie chirurgiczne. Z zachowaniem zębów t. zn. resekcja wierzchołków korzeni i replantacja.

Reasumując wywody, widzimy: 1-o że problem ogniskowego zakażenia dowodzi, że żadnego organu nie można i nie należy traktować, jako całości zamkniętej w sobie, 2-o Fizjologia i patologia zębów nie kończy się przy wierzchołku krzenia i na ozębnej, lecz drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych powoduje harmonię, lub też dysharmonię poszczególnych organów, ba, nawet niejednokrotnie całego ustroju.

Dział streszczeń.

DR HANS JOACHIM KöHLER. Leczenie stomatitis i gingivitis ulcerosa ze szczególnym uwzględnieniem witamin. (Die Behandlung der ulzerosen Stomatitis bezw. Gingiwitis unter besandener Berucksichtung der Vitamine. D. Z. W. Nr 6. 1939 r.).

Autor na podstawie licznych badań klinicznych dochodzi do wniosku, że dokładny plan leczenia zapaleń błony śluzowej jamy ustnej można ustalić dopiero po rozpoznaniu ich przyczyny. Tam, gdzie przyczyną jest hypowitaminoza, doskonałe wyniki lecznicze daje witamina C (Cebion - Merck). Wogóle leczenie witaminami w odpowiednich przypadkach zyskuje coraz większe uznanie w świecie lekarskim.

Gdybyśmy zawsze przy stomatitis dopatrywali się przyczyny w złym stanie higienicznym jamy ustnej, to najczęściej przekonalibyśmy się, że mimo przywrócenia stanu higienicznego zapalenie nie mija. Leczenie miejscowe w tych przypadkach przyniesie tylko czasową poprawę.

Ostatnie badania wykazały częsty przyczynowy związek zapalenia błony śluzowej jamy ustnej z jakimś ogólnym chorobowym stanem ustroju jak np. cukrzyca, hypowitaminoza, leukemia, agranulocytoza i t. d.

Autor dochodzi do wniosku, że wogóle zapalenie błony śluzowej jamy ustnej nie może powstać z przyczyny wyłącznie miejscowej, lecz błona śluzowa musi być już usposobiona do schorzeń zapalnych. Czynnikiem usposabiającym oprócz wyżej podanych będzie grypa, niedostateczne lub nieracjonalne odżywianie, przeziębienie, nadmierne wysiłki fizyczne, zatrucie alkoholem i t. d. Autor przyjmuje też możliwość infekcji z człowieka na człowieka (używanie wspólne szklanek).

Gingivitis chronica istniejąca przy złym stanie higienicznym jamy ustnej, łatwo przekształca się w stomatitis przy osłabieniu sił żywotnych ustroju. Zależnie zaś od stopnia tego osłabienia mamy różne postacie stomatitis.

Z powyższych wywodów wynika, że przed leczeniem spraw zapalnych błony śluzowej jamy ustnej należy dokładnie poznać ogólny stan ustroju.

Aby dowiedzieć się czy ustrojowi brak witaminy C, używa się prostej metody według Tilmana. Pacjentowi daje się jednorazowo wysoką dawkę kwasu askorbinowego doustnie w postaci 6 tabletek po 0,3 g, albo parenteralnie 3 ampułki po 2 cm^3 (0,3) g. Jeśli po kilku godzinach przy badaniu moczu nie stwierdzi się obecności kwasu askorbinowego, świadczy to o zużyciu kwasu przez ustrój, a więc o braku witaminy C w ustroju. Do analizy moczu używa się tabletek dichlorphenol-indophenolowych firmy Merck.

Zaczynając leczenie stomatitis ulceroza należy pacjentowi zabronić używania alkoholu, tytoniu, zaleca zmienić szczotkę do zębów i czyścić ją w gorącej wodzie. Wreszcie pokarm pacjenta nie może zawierać składników drażniących.

Postępowanie lecznicze przy stomatitis ulcerosa dzielimy na 3 fazy:

1) miejscowe antyseptyczne działanie,

2) usunięcie kamienia nazębnego,

3) leczenie ogólne.

Jeśli chodzi o postępowanie miejscowe, to na tej wizycie spryskujemy chorą śluzówkę, tak podniebienie jak i policzków 2% roztworem H_2O_2. lub roztworem inspirolu. Przy silniejszych procesach wrzodziejących kładziemy na krótki czas gazę pokrytą maścią jodoformowo-glicerynową. Miejsce owrzodziałe należy przedtem osuszyć.

Na następnej wizycie mamy już zwykle widoczną poprawę. Dalsze leczenie stosujemy takie same. Używamy też 50—60% alkohol i pocieramy nim błonę śluzową oraz szyjki zębów. To postępowanie może być nieraz bolesne, ale ma bardzo dobre znaczenie dezynfekujące i pozwala na łatwe usunięcie powstałych nalotów oraz wzmaga ukrwienie w jamie ustnej.

Do leczenia miejscowego można też użyć 10% roztwór taniny lub:

Rp.	Acid. tannic	5,0
	Methyl. caerul	2,0
	Aquae dest.	ad100,0

Przy użyciu tego drugiego środka mocz przyjmuje czasowo zabarwienie zielono-niebieskie, co jednak jest absolutnie nieszkodliwe.

Obu środków używa się zwykle wtedy, gdy miejscowe objawy zapalenia już mijają. Po ich stosowaniu pacjent nie powinien płukać ust.

Gdy już prawie wszystkie objawy zapalenia nikną, zapuszczamy do kieszonek dziąsłowych 10% kwas chromowy. Zabieg ten powtarzamy niezbyt często i pacjent winien po nim płukać usta.

W tym też okresie zalecamy pacjentowi pocierać dziąsło alkoholem rano i wieczór. Wtedy też, a dzieje się to przeciętnie na 3-ej wizycie, zaczynamy stosowanie Cebionu.

Kamień zębowy należy zdjąć w odpowiednim czasie. Nie wolno tego czynić, gdy proces zapalny jest w rozkwicie; tak samo nie należy wtedy leczyć lub usuwać zębów, by nie wytywarzać dodatkowych urazów.

Jeśli chodzi o leczenie ogólne, to tutaj ważną rolę grają witaminy w chorobach wywołanych brakiem lub małą ilością witamin w ustroju. Przy podawaniu preparatów witaminowych nie należy obawiać się przedawkowania, gdyż nadmiar ustrój wydali. Należy jednak pa-

miętać, jak to ostatnie badania wykazały, że niektóre witaminy znoszą działanie innych.

Tak np. witamina A znosi działanie witaminy C i może wywołać szkorbut.

Jeśli chodzi o praktykę lek.-dent., to dotychczas używa się witaminy A, C i D, podczas gdy pozostałe nie znalazły zastosowanie.

Witamina C jest tym czynnikiem, który pozwala komórce na normalną czynność. Bez niej tkanka łączna nie wytworzy substancji klejorodnej. Dalej — kwas askorbinowy aktywuje trombinę. Przy wszelkich schorzeniach zapalnych spada zawartość witaminy C w ustroju, a jej podawanie wpływa dodadatnio na wyzdrowienie.

Nieraz podaje się witaminy C parenteralnie. Ma to zastosowanie przy stanie zapalnym żołądka lub jelit, gdyż wtedy wchłanianie witaminy C jest zaburzone. Tak samo w stanach zapalnych jamy ustnej, gdy odżywianie tą drogą jest niemożliwe, należy witaminę C dawać parenteralnie.

Brak lub niedomiar witaminy A w ustroju daje zwyrodnienie dziąseł. Wogóle badania wykazały, że rola witaminy A w ustroju polega na ochronie warstw nabłonkowych; przy jej braku następuje degeneracja tych warstw, a co z tym się łączy, większa podatność na infekcję.

Ustrój magazynuje witaminę A w wątrobie.

Organizm dorosłego człowieka potrzebuje dziennie około 5 mg witaminy A, a około 50 mg witaminy C.

Z tego zestawienia wynika, że o wiele łatwiej powstanie w ustroju niedomiar witaminy C, gdyż organizm używa jej 10 razy więcej, niż potrafi jej magazynować, a przy infekcji potrzebuje jej więcej.

Dlatego niedomiar witaminy A starczy leczyć odpowiednią dietą, a niekoniecznie preparatem jak np. Vogan.

Natomiast brak witaminy C leczymy preparatami. W ciągu całego leczenia dajemy dziennie 0,1 g Cebionu podskórnie. Przy całkowitym braku witaminy C dajemy dziennie 100 mg. Cebionu parenteranie a poza tem każemy jeszcze pacjentowi brać dziennie 3 tabletki Cebionu (1 tabletka = 50 mg).

Gdy już śluzówka błony śluzowej jamy ustnej wróci do normy, należy jeszcze podawać witaminę C, lecz w coraz to mniejszej ilości.

Pacjent sam w okresie leczenia winien spożywać dużo świeżych jarzyn, soków owocowych i owoców.

Str. *L. Weigt,* stud. A. S.

DZIAŁ ZAWODOWY.

Dużo rozgłosu w polskim świecie dentystycznym, miały „występy“ obywatela rumuńskiego Töuto, który bezboleśnie usuwał zęby palcami. Praktykę swą uprawiał wszędzie, szczególnie ulubionymi jego środowiskami były fabryki, kolej i policja, ba, będąc w Warszawie, został zaproszony do jedynej uczelni stomatologicznej w Polsce, Akademii Stomatologicznej (jej oddział chirurgiczny). Nikomu nie przyszło do głowy, że praktykę tę należałoby zlikwidować, gdyż jest on obywatelem obcego państwa, nie mającym wykształcenia stomatologicznego wymaganego ustawowo u nas.

Dopiero po wielu, wielu tygodniach koledzy nasi w Sosnowcu interwenjowali w tej sprawie u tamtejszego starosty, a nie mogąc tej sprawy załatwić wobec innych poglądów starosty, umieścili w pismach codziennych dwa artykuły, właśnie na ten temat. Na artykuły te replikował starosta urzędowym sprostowaniem, sprzecznym jednak z obowiązującymi u nas rozporządzeniami. Koledzy, mając pogląd starosty na tę sprawę, zwrócili się do Stowarzyszenia, które, nie mogąc reprezentować zawodu u władz po powstaniu Izb, skierowało do Izby naczelnej, a ta d oMinisterstwa Pracy i Opieki Społecznej. Jaki obrót przyjęła sprawa najlepiej wyjaśni pismo otrzymane w tej sprawie.

Odpis.

Warszawa, dnia ? grudnia 1938 r.

Ministerstwo Opieki Społecznej
Nr Zn. 6/b 8.

Do
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
w miejscu.

W związku z treścią załączonego wyjaśnienia urzędowego, zamieszczonego w nr 304 Kuriera Zachodniego z dnia 5 listopada 1938 r. przez Starostę w Sosnowcu, Ministerstwo Opieki Społecznej prosi:

1) zwrócenie uwagi Pana Starosty w Sosnowcu na niewłaściwość wyjaśnień, wyraźnie sprzecznych z obowiązującymi w Polsce przepisami prawnymi;
2) spowodowanie sprostowania tych wyjaśnień jako wprowadzających w błąd czytelników;
3) o wydanie zarządzenia o zakazie wykonywania praktyki dentystycznej przez obywatela rumuńskiego Töuto, zwłaszcza wśród Policji Państwowej.

Jednocześnie Ministerstwo Opieki Społecznej wyjaśnia co następuje:

Wyjmowanie zębów wbrew temu, co Pan Starosta w Sosnowcu twierdzi, jest najbardziej istotnym zabiegiem lekarsko-dentystycznym. Zostało to zresztą stwierdzone w sposób nie budzący żadnych

wątpliwości przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 maja 1932 r. w sprawie Nr 2/K. 325/30.

Obowiązujące przepisy prawne nie pozwalają na wykonywanie zawodu lekarskiego, ani lekarsko-dentystycznego osobom do tego nieuprawnionym bez względu na to, czy czynności tego rodzaju są dokonywane za wynagrodzaniem, czy też bezpłatnie. Do wykonywania lecznictwa są uprawnieni jedynie obywatele polscy, którzy wykażą się, że posiadają określone dyplomy i zarejestrują się u właściwych władz. Tymczasem ani jednemu z tych trzech warunków Rumun Töuto nie uczynił zadość. Tym samym należy uznać, że nie ma on w Polsce prawa wykonywania zawodu lekarsko-dentystycznego i wyrywania zębów. Wykonywanie tych czynności jest oczywistym uchybieniem przeciwko obowiązującym przepisom prawnym. Tymbardziej nie może być nadal tolerowane bezpłatne wykonywanie praktyki dentystycznej w koszarach i pomieszczeniach policyjnych oraz na personelu policyjnym, ponieważ Policja Państwowa jest w pierwszym rzędzie obowiązana do przestrzegania obowiązujących przepisów.

Ministerstwo Opieki Społecznej prosi o powiadomienie o wydanych zarządzeniach.

(—) *Dr E. Piestrzyński*
Podsekretarz Stanu

Warszawa, dnia 30 stycznia 1939 r.

Ministerstwo Opieki Społecznej
Nr Zn. 6b/6 - 8

Do
Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej
w Warszawie

Przesyła się do wiadomości.

(—) *Dr Babecki,*
Zastępca Dyrektora Departamentu.

Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna
L. 358/39

Zarządowi Głównemu
Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej
w Warszawie
Marszałkowska 149 m. 11.

Przesyła się do wiadomości w związku z pismem Stowarzyszenia z dnia 22.XI. 1938 r. L. dz. 246/38.

Sekretarz — Prezes
(—) *Dr Fr. Borusiewicz* — (—) *J. Łączyński*

Za zgodność: Sekr. Generalny (—) *J. Krzywicki.*

Zdaje nam się, że przy większym zainteresowaniu i aktywności naszych kolegów spraw takich znalazłoby się o wiele więcej.

WIADOMOŚCI UNIWERSYTECKIE.

W N-rze 1 „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“ r. b. ukazało się sprawozdanie z działalności Akademii Stomatologicznej za rok 1937/38, łącznie z uroczystością rozdania dyplomów absolwentom, jednak przez niedopatrzenie, czy też brak miejsca nie umieszczono w numerze poprzednim przemówienia przedstawiciela absolwentów, które tradycyjnie znajdowało się w naszym piśmie. Znajdując w przemówieniu kol. Goszczyńskiego wiele głębokich myśli, które dają pojęcie o nastawieniu i wartościach wychowanków Akademii, podajemy je, chociaż z dużym opóźnieniem.

Magnificencjo Panie Rektorze, Dostojni Panowie Profesorowie, Czcigodne Panie i Panowie Asystenci, Szanowni Goście, Koleżanki i Koledzy!

Przed chwilą przeżywaliśmy wspólnie podniosłą uroczystość. Z rąk Czcigodnego Pana Rektora otrzymaliśmy dyplomy stwierdzające, że jesteśmy lekarzami. Przez złożenie przyrzeczenia dostąpiliśmy zaszczytu przyjęcia do społeczności lekarskiej. Przestaliśmy więc być studentami, a wstępujemy w szeregi starszego społeczeństwa. Opuszczamy mury uczelni, w której przeżywaliśmy złe i dobre chwile. Złe wspomnienia wyrzuciliśmy ze swej pamięci, zostały nam tylko miłe. Nie zrywamy zupełnej łączności z naszą „Alma Mater“ — łączy nas bowiem ogniwo wdzięczności, jaką żywimy dla naszych Dostojnych Panów Profesorów i grona Asystentów. Ich przecież wysiłkom zawdzięczamy ten stopień wiedzy, który pozwolił nam stanąć obok tych, którzy mają szczęście nieść pomoc cierpiącym, walcząc z chorobami i zapobiegając im.

Magnificencjo Panie Rektorze! Niech mi wolno będzie imieniem Kol.Kol. wyrazić Ci szczególną wdzięczność i podziękowanie za tak czułą ojcowską opiekę nad studentami. Potrafiłeś każdemu dać moralną i materialną pomoc, umiałeś znaleść wspólny język porozumie-

nia się z nami. Myślę, że najlepszą nagrodą dla Was, drodzy Wychowawcy, za to wszystko, co Wam zawdzięczamy, będzie zapewnienie, że: jako lekarze pozostaniemy wierni złożonemu przyrzeczeniu, jako zastęp inteligencji pójdziemy w życie, zerwawszy z rozkładową kulturą wygody, kulturą kompromisu, kompromisu zasad, uczciwości i honoru, a będziemy szermierzami nowej, prawdziwie polskiej kultury, kultury mocy i ofiary. Nie dopuścimy, by w naszej obecności działo się coś wbrew Etyce i Prawu Chrystusa i wbrew honorowi Polaka. Będziemy zbliżać się do ludzi z dobrem na ustach i z miłością w sercu, a prawo Boga i dobro Polski będzie nam miarą w życiu.

———o———

KOMUNIKATY:

Komunikat Oddziału Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej w Łodzi.

Dnia 28 lutego r. b. odbyło się Walne Doroczne Zebranie członków Oddziału Łódzkiego.

Dokonano wyboru Władz w następującym składzie:

Zarząd: Prezes — kol. Kalisz Mieczysław.

Członkowie Zarządu: Kaliszowa Konarska Józefa, Golc Stefan, Bronikowska Maria, Grynbergowa Róża, Rozen Jakób.

Zastępcy: Günther Waldemar, Olszaniecki Juliusz, Rick Józef.

Komisja Rewizyjna: Bernatowicz Maria, Haja Henryk, Zylberman Dawid.

Zastępcy: Erlichowa Perla, Szwarcowa Rozalia.

Sąd Koleżeński: Kaczkowska Antonina, Londkofowa Lina, Kaliszowa Józefa, Golc Stefan, Grynbergowa Róża.

Zastępcy: Rick Józef, Günther Waldemar, Olszaniecki Juliusz.

Siedziba Oddziału mieści się w Łodzi przy ul. Pierackiego 7 m. 5.

OD REDAKCJI.

Nakładem „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“ ukazał się „Kurs fantomowy dentystyki zachowawczej“ w opracowaniu lek. dent. J. Bobińskiej - Lemańskiej st. asyst. Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej. Podręcznik ten nabyć można w administracji „Dw. Stom.“ przy ul. Marszałkowskiej 149 m. 11 w cenie 2 zł.

Biuro Pośrednictwa Pracy.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia W. P. Kol., że przy Zarządzie istnieje Biuro pośrednictwa pracy, które poleca wykwalifikowanych kandydatów na posady i zastępstwa. Uprzejmie prosimy w razie zapotrzebowania zwracać się do

Biura pośrednictwa pracy ul. Wspólna 59, m. 8, tel. 9-40-22, od godz. 18 — 20.

Kierownik Biura **H. Zaczyńska.**

Biuro Porad Prawnych.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia, że przy Zarządzie istnieje **Biuro Porad Prawnych**, które udziela informacyj w sprawach wymagających orzecznictwa prawnego. Biuro to pozostaje pod kierownictwem kolegi Melocha i ma zapewnioną pomoc prawniczą. We wszystkich tych sprawach zwracać należy się wyłącznie pisemnie przy dołączeniu ewent. dokumentów w danych sprawach oraz opłaty w wysokości 1 (jednego) zł. w znaczkach pocztowych na pokrycie kosztów manipulacyjnych. Porady będą udzielone pisemnie. **Adres Biura Porad Prawnych Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej: Warszawa, Marszałkowska 149 m. 11.**

Biuro Porad Prawnych będzie załatwiać wszystkie sprawy za wyjątkiem spraw podatkowych.

Agendy Stowarzyszenia.

Sekretariat: Marszałkowska 149, m. 11.

Godziny urzędowania:

Prezes: w środy godz. 21—22.

Sekretarz Generalny: w poniedziałki i czwartki, godz. 12.—12.30.

Sekretariat: poniedziałki, środy, czwartki, godz. 10—12; wtorki, środy, czwartki, piątki, godz. 18—20.

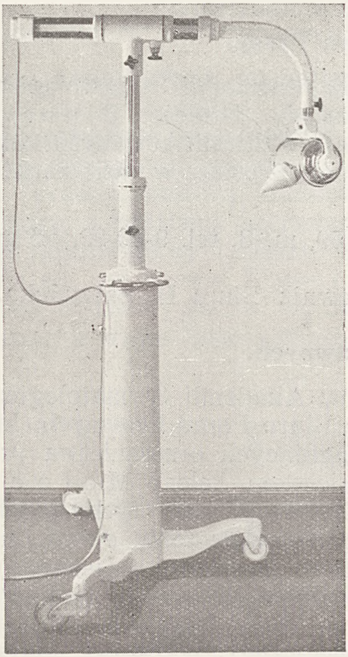
———o———

KALENDARZ ZJAZDOWY.

1939. 15—20 maja. Rzym. Międzynarodowy Zjazd Ogólnej Patologii.

6— 9 sierpnia. Freiburg in Brisgan (Niemcy). VII. Międzynarodowy Zjazd Towarzystwa „Arpa“.

31.X—3.XI. Warszawa. IX. Polski Zjazd Stomatologiczny. Temat główny: „Okołozębice (paradontozy) i ich stosunek do medycyny ogólnej“.



Obejrzenie
i wypróbowanie
Aparatu
Rentgenowskiego

„CENTRALIX-DENTAL" PHILIPSA

przekona niezbicie W. Pana Doktora o bezkonkurencyjnych zaletach technicznych tego aparatu

CAŁKOWICIE ZABEZPIECZONY

ZAOPATRZONY W LAMPĘ RENTGENOWSKĄ O SPECJALNYM OGNISKU, ZAPEWNIAJĄCYM NIEZRÓWNANĄ OSTROŚĆ ZDJĘĆ

ŁATWY I PROSTY W UŻYCIU

WYJĄTKOWO STARANNIE I ESTETYCZNIE WYKONANY

CENA OSTATNIO ZNACZNIE ZNIŻONA

WYJĄTKOWO DOGODNE WARUNKI PŁATNOŚCI

KOSZTORYSY I PROSPEKTY NA ŻĄDANIE.

POLSKIE ZAKŁADY ROENTGENOTECHNICZNE

„METALIX"

PLAC MARSZ. PIŁSUDSKIEGO 1 WARSZAWA TELEFON 5.90-33

Polska Drukarnia Nakładowa, sp. z ogr. odp., Warszawa, Senatorska 17. Tel. 251-58.